

SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS ARCO

Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición



En todo momento, el titular o su representante podrán solicitar al responsable, el acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de los datos personales que le conciernen.

| Sección para ser llenada por la Unidad de Transparencia | |
|--|--|
| Fecha y hora de presentación: _____ / _____ / _____ : _____ hrs. Folio: _____ <small>día mes año</small> | |
| 1. Nombre del responsable (Sujeto Obligado) y, en su caso, el área administrativa a la que solicita el ejercicio del (los) derecho(s) ARCO: | |
| | |
| 2. Nombre completo del titular (persona a la que pertenecen o refieren los datos personales): *Consulte los "requisitos y reglas de representación para ejercer derechos ARCO" | |
| | |
| Nombre(s) | Primer apellido |
| Segundo apellido | |
| 2.1 En su caso, nombre completo del representante: *Consulte los "requisitos y reglas de representación para ejercer derechos ARCO" | |
| | |
| Nombre(s) | Primer apellido |
| Segundo apellido | |
| 3. Indique domicilio o medio para recibir notificaciones: | |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Presencialmente en la Unidad de Transparencia <input type="checkbox"/> Domicilio: _____ <small>Calle número Colonia cp.</small> <small>Municipio Entidad Federativa País</small> | |
| 4. En su caso, indique si los datos personales corresponden a una persona: *Consulte los "requisitos y reglas de representación para ejercer derechos ARCO" | |
| <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> En estado de interdicción o incapacidad legal <input type="checkbox"/> Fallecida | |
| 5. Indique el (los) derecho(s) que desea ejercer: | 6. Describa con claridad lo que solicita y los datos personales respecto de los cuales pretende ejercer el derecho ARCO: |
| <input type="checkbox"/> Acceso Requiere conocer información relacionada con las condiciones y generalidades del uso de sus datos personales contenidos en la(s) base(s) de datos del responsable. | |
| <input type="checkbox"/> Rectificación Requiere la corrección de sus datos personales por ser inexactos, incompletos o no estar actualizados. | |
| <input type="checkbox"/> Cancelación Solicita la eliminación o borrado de sus datos personales de los registros y sistemas de la autoridad de que se trate. | |
| <input type="checkbox"/> Oposición Solicita que se concluya el tratamiento de sus datos personales, a fin de evitar un daño o perjuicio, o bien, si los datos son objeto de un tratamiento automatizado, sin intervención humana, que produzca efectos jurídicos no deseados o afecten sus intereses, derechos o libertades. | |
| *En caso de anexar documentos probatorios, marque la casilla e indique la cantidad de hojas | |
| <input type="checkbox"/> Anexo _____ hojas. | |

| 6.1 Requisitos adicionales que debe contener su solicitud | | | | | |
|--|--|---|---|--|-------|
| Acceso | Señalar el mecanismo requerido para la reproducción de sus datos personales y, en su caso, acompañarla del medio magnético o electrónico. | | | | |
| Rectificación | Señalar los datos que requieren ser corregidos y anexar los documentos que avalen la modificación solicitada. | | | | |
| Cancelación | Señalar las causas que lo motivan a requerir el borrado o eliminación de los datos personales. | | | | |
| Oposición | Señalar las razones que lo llevan a solicitar que concluya el tratamiento de sus datos, así como el daño que le causaría que se continuara con el mismo, o bien, indicar las finalidades específicas respecto de las cuales solicita que se concluya el tratamiento. | | | | |
| 7. Si su solicitud es de acceso, indique cómo desea llevar a cabo el acceso o reproducción de los datos: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Consulta directa (gratuito) | | <input type="checkbox"/> Disco compacto o dispositivo de almacenamiento proporcionado por el solicitante. | | | |
| <input type="checkbox"/> Copia simple (gratuito las primeras 20 hojas) | | <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Copia certificada (gratuito las primeras 20 hojas) | | | | | |
| 8. Si su solicitud es de rectificación, anote: | | | | | |
| datos incorrectos: | | | datos correctos: | | |
| | | | | | |
| 9. De ser posible, describa la información que facilite la búsqueda y localización de sus datos personales: | | | | | |
| En caso de anexar documentos probatorios, marque la casilla e indique la cantidad de hojas <input type="checkbox"/> Anexo _____ hojas. | | | | | |
| | | | | | |
| 10. Si considera que no puede cubrir los costos de reproducción y envío de sus datos personales, manifieste las causas: | | | | | |
| | | | | | |
| 11. Datos adicionales de contacto: | | | Tel. fijo: (____) ____-____-____ Celular: (____) ____-____-____ | | |
| 12. Firma del solicitante: | | | | | |
| 13. Información estadística: | | | | | |
| Sexo: | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Año de nacimiento: | Nacionalidad: | Forma parte de un pueblo indígena: | SI NO |
| | | | | ¿Cual? _____ | |
| Ámbito de ocupación: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Académico | | <input type="checkbox"/> Empresarial | | <input type="checkbox"/> Gubernamental | |
| <input type="checkbox"/> Comunicación | | Otro: _____ | | | |
| Nivel Educativo: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Primaria | | <input type="checkbox"/> Secundaria | | <input type="checkbox"/> Bachillerato | |
| <input type="checkbox"/> Normal superior | | <input type="checkbox"/> Diplomado | | <input type="checkbox"/> Posgrado | |
| <input type="checkbox"/> Técnico Superior | | <input type="checkbox"/> Profesional técnico | | <input type="checkbox"/> Licenciatura | |
| <input type="checkbox"/> Maestría | | <input type="checkbox"/> Doctorado | | <input type="checkbox"/> Normal | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| Aviso de Privacidad: | | | | | |
| El Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales de Estado de Baja California, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione a través de este formato, los cuales serán utilizados para las siguientes finalidades: | | | | | |
| 1. Dar trámite a su solicitud de ejercicio de derechos ARCO, de conformidad con los procedimientos establecidos en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Baja California. | | | | | |
| 2. Generar estadísticas. | | | | | |
| Los datos recabados para generar estadísticas son sometidos a un proceso de disociación por lo que su identidad no puede ser identificable. Esta última finalidad requiere de su consentimiento; Por favor indique si autoriza que sus datos personales sean utilizados para generar estadísticas tendientes a mejorar nuestros servicios: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SI | | <input type="checkbox"/> NO En caso de no consentir, omita llenar la sección 13 de este formato. | | | |
| En la descripción de la solicitud para el ejercicio de derechos ARCO, es posible que se recaben datos sensibles, entendiéndose éstos, como los datos personales que refieren a su esfera más íntima; de manera enunciativa mas no limitativa, se consideran sensibles los datos de origen racial o étnico, estado de salud presente o futuro, información genética, creencias filosóficas, religiosas o morales, opiniones políticas y/o preferencia sexual. Al firmar el presente documento, usted otorga consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales sensibles. | | | | | |
| Consulte el Aviso de Privacidad Integral en: www.itaipbc.org.mx/files/FORMATODERECHOSARCO.pdf | | | | | |